



THE UNIVERSITY *of* EDINBURGH

Edinburgh Research Explorer

Les Cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance

Citation for published version:

Rogers, G & Mosse, P 2012, 'Les Cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance', *Journal d'Economie Medicale*, vol. 30, no. 6, pp. 379-393.

Link:

[Link to publication record in Edinburgh Research Explorer](#)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Published In:

Journal d'Economie Medicale

Publisher Rights Statement:

© Rogers, G., & Mosse, P. (2012). Les Cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance. *Journal d'Economie Medicale*, 30(6), 379-393.

General rights

Copyright for the publications made accessible via the Edinburgh Research Explorer is retained by the author(s) and / or other copyright owners and it is a condition of accessing these publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

Take down policy

The University of Edinburgh has made every reasonable effort to ensure that Edinburgh Research Explorer content complies with UK legislation. If you believe that the public display of this file breaches copyright please contact openaccess@ed.ac.uk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



LES CADRES INFIRMIERS ENTRE GOUVERNEMENTALITÉ ET GOUVERNANCE ; LES LEÇONS DE L'EXPÉRIENCE ANGLAISE

Vaughan Rogers et Philippe Mossé

ESKA | *Journal de gestion et d'économie médicales*

2012/6 - Vol. 30
pages 379 à 393

ISSN 2262-5305

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2012-6-page-379.htm>

Pour citer cet article :

Rogers Vaughan et Mossé Philippe, « Les Cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance ; les leçons de l'expérience anglaise », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2012/6 Vol. 30, p. 379-393.

Distribution électronique Cairn.info pour ESKA.

© ESKA. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les Cadres infirmiers entre gouvernementalité et gouvernance ; les leçons de l'expérience anglaise

VAUGHAN ROGERS
Université d'Édimbourg, Écosse

ET PHILIPPE MOSSÉ
LEST, CNRS et Aix-Marseille Université

RÉSUMÉ

Fondé sur une réinterprétation de données existantes, complémentée par des entretiens, cet article cherche à dépasser la conception académique habituelle du positionnement « entre le marteau et l'enclume » des cadres infirmiers dans les hôpitaux. L'analyse comparative de la mise en oeuvre de deux expériences de démarche qualité, l'une en Angleterre l'autre en France, dans un contexte de restructuration en Pôles (France) ou plus anciennement en Clinical Directorates (Angleterre), permet de montrer comment les cadres s'emparent des contraintes gestionnaires et des référentiels de performance. La comparaison montre que, inscrites dans des histoires organisationnelles et professionnelles propres à chaque pays, les cadres se saisissent différemment des marges de manœuvre créées par la tension entre « gouvernementalité » et « gouvernance ». Il apparaît ainsi que, en France, l'enjeu se situe au niveau de la reconnaissance professionnelle collective, que symbolise le rôle tenu par l'Institut de Formation des Cadres de Santé dans l'expérience étudiée. En Angleterre c'est le pouvoir des cadres, au niveau de chaque établissement, qui est en cause ; en atteste la transformation de l'organigramme fonctionnel qui accompagne la mise en œuvre du référentiel « Essence of care ». Chemin faisant les normes de qualité sont ainsi amenées à être redéfinies par les acteurs censés les appliquer.

Mots-clés : Hôpital, Cadre infirmier, Gouvernance, Assurance qualité, Angleterre.

SUMMARY

NURSING MANAGERS BETWEEN “GOVERNMENTALITY” AND “GOVERNANCE”; LESSONS FROM THE ENGLISH EXPERIENCE

Through a reinterpretation of existing evidence, supplemented by interview material, this article seeks to move beyond the common academic conceptualisation of front-line hospital nursing managers in both France and England as “caught between a rock and a hard place”. Comparative analysis of the implementation of two care quality improvement initiatives, one in each country, highlights the particular ways in which these front-line managers, working within Pôles in France or the longer-established Clinical Directorates in England, meet the demands of managerial constraints and performance-measurement mechanisms. The room for manoeuvre created by the tension between “governmentality” and “governance” is appropriated differently by managers in each country, according to the opportunity structures established by their distinctive historical, organisational and professional contexts. From this analysis, it emerges that, while collective professional recognition constitutes a major challenge in the French case, involving an essential role for the Institut de Formation des Cadres de Santé, the key change-determining factor in the English case is the capacity for influence which managers are able to generate for themselves within each individual hospital, as illustrated by the transformation of formal structures during the implementation of the “Essence of Care” initiative. In the course of this process, the actors called upon to apply pre-established quality-related norms actually redefine them.

Keywords: Hospital, Nursing Managers, Governance, Quality Assurance, England.

Les auteurs remercient le Professeur Christophe Baret qui, sur une version antérieure de cet article, a formulé remarques pertinentes et suggestions judicieuses.

« *Comment la fin justifierait-elle les moyens ? Il n'y a pas de fin, seulement des moyens à perpétuité, toujours plus machinés.* »

René Char, *L'âge cassant*, 1965, José Corti ed.

INTRODUCTION

Avec la création des pôles et les débats qui président à leur mise en place, le rôle des cadres infirmiers dans la gouvernance des hôpitaux publics est, au sens propre, remis en cause. Le rapport issu de la mission Cadres Hospitaliers (De Singly et al, 2009) confirme que les enjeux et les défis sont nombreux. Dans ce contexte, l'impression selon laquelle les cadres hospitaliers seraient, comme les autres cadres « pris entre marteau et enclume » est donc largement partagée (Bouffartigue, 2009 ; Patin et Ruiller, 2011). Un des buts de cet article est d'interroger ce cliché à l'aune d'une comparaison entre la France et l'Angleterre, pays qui, en Europe, apparaît comme un laboratoire en matière de gouvernance hospitalière et de reconnaissance du travail para médical (Féroni et Kober-Smith, 2005; Le Galès, 2011). La réflexion qui va suivre repose en effet sur le postulat selon lequel la problématique de la régulation des professions hospitalières est indissociable des contraintes et ambiguïtés de l'organisation du travail telles qu'on peut les observer au niveau local. Dès lors, l'objet central de cet article est l'évolution de la hiérarchie et de la division du travail au sein des équipes hospitalières. En effet, celles-ci sont au centre des changements organisationnels, réglementaires, économiques et professionnels qui sont perçus comme décisifs quant à la place des Cadres, leur savoir, leur pouvoir, leur légitimité et leur professionnalité.

Afin d'interpréter des changements en cours, l'analyse qui suit s'appuie sur la distinction introduite entre « gouvernementalité » et « gouvernance » telle que Bevir (2011) l'a récemment renouvelée. En effet, on considérera ici que le concept foucaldien de gouver-

nementalité, surtout dans son acception libérale-autoritaire, notamment appliquée par Foesel (2011), connote avec l'idée de relations verticales, d'imposition d'outils de gouvernement définis par l'administration et adossés à des indicateurs de performance connus et partagés. Cet ensemble constitue des « technologies de pouvoir » intériorisées et mises en dynamique par les individus, de sorte que contrainte et complicité, voire soumission se combinent et se renforcent mutuellement.

Dans cette perspective, la gouvernance est, quant à elle, caractérisée par des processus de coordination de multiples acteurs et institutions, à la recherche d'objectifs établis de manière collective (Le Galès, 2004), engendrant des relations horizontales. Celles-ci sont appuyées sur des instruments définis par des experts souvent issus des milieux professionnels eux-mêmes et contrôlés par des Agences nombreuses et spécialisées.

Confrontés à ces deux dynamiques, les Cadres sont dans l'obligation de les combiner au niveau de l'organisation tout en poursuivant, collectivement, des stratégies de reconnaissance (De Singly, 2009). On pourrait penser que chaque combinaison locale est singulière et qu'il serait illusoire de chercher des régularités au delà de généralités admises.

Pour éviter ces raccourcis, la comparaison internationale prend un chemin détourné. En mettant au jour les différences, il permet d'éviter le Charybde de la « naturalisation » des phénomènes observés. En identifiant des logiques nationales, il évite le Scylla de l'hy-persingularité des situations observées.

Afin d'aborder ces questions seront d'abord décrites les dynamiques des situations des « cadres » dans les deux pays (I). Cette description croisée sera mobilisée afin de montrer que, devant des défis similaires (spécialisation, rationalisation, etc.) des manières différentes d'y faire face ont été trouvées en Angleterre et en France. Dans une deuxième partie, on montrera comment se combinent

gouvernementalité et gouvernance sur la base de deux expériences, l'une anglaise, l'autre française, visant à associer les cadres à des dispositifs d'amélioration de la qualité des soins (II). La dimension empirique de l'article s'adosse à une analyse secondaire de ces deux expériences en cours. En conclusion, quelques leçons de cette comparaison seront tirées dans le but d'éclairer le cas français et son futur possible.

I. LES CADRES ET LES PÔLES ; VERS UNE HIÉRARCHIE FORMELLE

Afin de situer l'analyse qui va suivre il est nécessaire d'évoquer les évolutions récentes qu'ont connu les hôpitaux-trusts anglais du point de vue de l'organisation et de la division du travail. Parmi elles, les plus significatives sont l'émergence des pôles (I.1) et l'articulation entre cette organisation et la division du travail médical et para médical (I.2). Ensuite seront abordées les questions d'identité professionnelle (I.3).

I.1. Les Clinical Directorates

Contrairement à certaines idées reçues, l'introduction des pôles (Clinical Directorates) en Angleterre à partir des années 1980 n'a jamais été imposée formellement par l'État. Elle résulte d'un processus de mimétisme et de pressions isomorphes normatives (DiMaggio et Powell, 1983), suite à son adoption par des hôpitaux prestigieux et sa promotion par des associations professionnelles. Bien que le concept de Clinical Directorate se décline de manière différenciée, il est généralement appréhendé comme un centre de coût gestionnaire, regroupant une ou plusieurs spécialités médicales, dirigé par un médecin de haut rang (Consultant), responsable du recrutement et de la sélection du personnel ; des compétences budgétaires importantes lui étant déléguées à

cet effet. Il est généralement assisté d'un « cadre commercial » (business manager) et d'un « cadre des soins » (nurse manager), responsables directement devant le directeur de pôle (Kitchener, 2000).

Cette nouvelle configuration a rencontré la méfiance du personnel infirmier dans la mesure où ces nouveaux postes de business manager et de nurse manager, ouverts à la candidature d'individus non-issus de la profession infirmière, ont été perçus comme des éléments de blocage des voies de promotion interne ouvertes jusque-là aux infirmières expérimentées (Willcocks, 1994). Parallèlement, et contrairement aux craintes exprimées au moment de la généralisation du dispositif des pôles, le pouvoir médical n'a guère subi d'affaiblissement ; il a même été renforcé par la capacité des médecins-managers, que sont devenus les directeurs de pôle, à adopter et adapter le discours managérial. A tel point qu'une forme de consensus ambigu s'est développée avec les cadres de direction gestionnaires non-médicaux, permettant de faire passer plus facilement des consignes au sein du personnel (Kitchener, 2000).

Sur le plan formel, l'avènement des pôles représente ainsi une tendance très marquée vers le renforcement des dynamiques verticales et fonctionnelles dans la régulation des services de soins (McNulty et Fairlie, 2004).

On trouvera en annexe 1, l'organigramme « type » d'un hôpital anglais ; on pourra constater qu'il diffère peu de celui d'un hôpital français.

Mais, en France, si les cadres responsables de pôles sont hiérarchiquement supérieurs aux cadres de proximité (dans les services constituant les pôles), ils sont placés sous l'autorité de la Directrice des soins. Ainsi, la hiérarchie fonctionnelle (service, pôle, établissement) recouvre-t-elle exactement la hiérarchie professionnelle. En 2006, un grand hôpital universitaire présentait ainsi les missions du cadre supérieur de santé de pôle : « [il] exerce l'en-

semble de ses missions sous l'autorité de la Direction des Soins. Il est en liaison fonctionnelle avec le coordonnateur médical et le directeur délégué du pôle. Il décline au sein du pôle l'ensemble des projets conduits par les Directeurs des Soins référents. Il fait partie de l'équipe de pilotage du pôle. » (Direction des soins, 2006).

Contrairement à ce que l'on observe en Angleterre, cette distribution des tâches et des missions est en lien direct avec des « fiches métiers » émanant des Ministères concernés. Elle est aussi reliée à des organigrammes rédigés avec précaution. Mais cette rigidité est compensée, au plan individuel, par l'existence de passerelles ; elles-mêmes inscrites et empruntées dans un marché interne actif.

I.2. Encadrement et professions infirmières

En Angleterre, suite au Rapport Griffiths de 1983, l'accent a été mis sur 'la responsabilisation individuelle' et 'l'autonomie professionnelle'. Par conséquent, les infirmières responsables d'unité, dont la dénomination est très variable et changeante (ward sisters, ward managers, senior sisters), se voient déléguer d'importantes responsabilités managériales, sans diminution sensible de leurs obligations en tant qu'infirmières. Or, leur formation managériale se limite souvent à apprendre 'sur le tas' ou à assister à des 'modules' en gestion assurés de manière *ad hoc* par des organismes extérieurs à l'établissement. En réalité, ce sont alors plutôt des 'demi-cadres' (made-up managers), placées devant l'obligation de jouer de multiples rôles peu compatibles (Bolton, 2005). De plus, à la différence de la France, certaines infirmières spécialisées (nurse consultant, nurse prescriber), acquièrent des responsabilités détenues naguère uniquement par les médecins, en matière de prescription de traitements et de médicaments, exécutant même certaines interventions chirurgicales mineures (Doherty, 2009). Ce faisant, elles contribuent à saper le

statut et l'autorité de ces demi-cadres de proximité, issus du corps des infirmières expérimentées. Sur le plan de la régulation du travail, ces changements provoquent ainsi un double brouillage des responsabilités professionnelles, non seulement par rapport au management, mais aussi à la profession médicale.

À partir des années 1990, la perception d'une dérive en matière d'hygiène dans les unités de soins et l'augmentation du taux de mortalité due aux infections nosocomiales a contribué à la montée d'une inquiétude publique très médiatisée à l'égard de la qualité des soins. La profession infirmière s'est vue accusée de se considérer comme trop hautement qualifiée pour s'embarrasser de corvées de propreté ('too posh to wash'). Dans un souci de rationalisation et plus encore d'efficacité organisationnelle, il fallait donc, au niveau de chaque Directorate et au niveau de l'hôpital lui-même, retrouver un peu de clarté quant aux responsabilités managériales. C'est dans ce but que la catégorie des Modern Matron (MM) a été introduite.

Cette (re)création, décidée afin de prendre les devants dans la gestion du risque, représente une tentative officielle de réponse aux préoccupations du grand public (Currie, Koteyko et Nerlich, 2009). Néanmoins, cette initiative a subi de vives critiques, prétendant qu'elle correspondait à une tentative de réintroduction d'un rôle démodé, modelé sur l'autoritarisme didactique de la surveillante traditionnelle, qui n'a plus sa place dans un milieu où la professionnalisation et le développement de l'autonomie prédominent (Wildman et Hewison, 2009).

À la suite de cette implication dans le management, il se produit une prise de conscience généralisée du fait que « seul le management stratégique compte » en matière de reconnaissance professionnelle. Ce sentiment induit une réticence à assumer la responsabilité d'une régulation coordonnée de la qualité des soins, qui se résume dans la formule 'Ce n'est pas mon boulot' (Not my job) (Staniland, 2009,

p.275). Il s'ensuit une tendance à la « délégation en cascade » de toute responsabilité non-stratégique vers des subalternes. Comme l'a montré Cooke (2006), la direction managériale au sein des pôles cherche souvent à se décharger des responsabilités gestionnaires de terrain (hands-on management) sur les demi-cadres de proximité, exploitant à cette fin le discours de l'autonomisation (empowerment) des demi-cadres dans les unités de soins, surtout en matière de gestion des lits ou d'absentéisme de la part du personnel infirmier. Mais l'octroi de l'autonomie est ainsi perçu comme le droit de 'porter le chapeau' en cas de défaillance, l'imposition de responsabilités accrues, sans renforcement réel de leur pouvoir ni de leur influence. À cette perception, il arrive que la direction managériale des pôles réponde par des accusations de manque d'ambition et par la menace d'action disciplinaire, pour cause d'incompétence managériale. Cette dynamique conduit également à déléguer à des aide-soignants bon nombre d'activités de soins routiniers, exercées auparavant par les infirmières. Cependant, la crainte demeure à l'échelon de direction des pôles qu'un effet boomerang ne finisse par leur imputer la faute d'une éventuelle erreur, ce qui les pousse à faire des 'descentes' intermittentes dans les unités de soins pour y mettre de l'ordre. Une des conséquences majeures de cette évolution est l'émergence d'un contexte où il existe très peu de régulation professionnelle suivie et coordonnée à un niveau supérieur à celui du service ou de l'unité de soins (ward) (Wildman et Hewison, 2009). Selon certaines infirmières expérimentées exerçant la fonction de demi-cadre, il en résulte une régulation inefficace, due surtout à l'autorité menaçante, mais erratique de la part d'un encadrement supérieur éloigné de la réalité, qualifié de 'managers-mouettes' (seagull managers), dont la pratique est "d'atterrir à l'improviste, de faire beaucoup de bruit et de ch.. partout, avant de s'envoler ailleurs." (Cooke, 2006).

I.3. Les deux voies de l'identité professionnelle

Toute analyse du positionnement et de l'impact des MM se doit de tenir compte du rôle de la Matron (surveillante) traditionnelle pendant les années d'après-guerre jusque vers la fin des années 1960 car son image continue de vivre dans la mémoire collective. Cette surveillante de haut rang se trouvait à la tête de la hiérarchie infirmière, travaillant en troïka avec l'élite administrative et médicale, exerçant une autorité quasi-totale sur la profession dans l'ensemble de l'établissement. Symbole de l'ordre, de la tradition et de la discipline, responsable du bon fonctionnement des services et accordant une attention particulière au maintien d'un niveau exemplaire d'hygiène et de soins. Elle était perçue comme une virago, dont le leadership ressemblait à celui de l'adjudant-chef dans le domaine militaire. Ce rôle traditionnel a progressivement disparu suite aux recommandations du Rapport Salmon de 1967, prévoyant une refonte des structures hiérarchiques infirmières, afin de relever le profil des professions soignantes. Les changements ultérieurs évoqués ci-dessus ont largement contribué à la transition de cette « vocation » vers une profession formée à un niveau technique élevé, mais apte également à se voir confier des responsabilités managériales (Wildman et Hewison 2009). Ces responsabilités se trouvent alors au risque d'être peu lisibles ; ce qui pose, différemment qu'en France, la question de l'identité professionnelle.

En effet, devant faire face à des problèmes par construction très spécifiques, la catégorie des Modern Matron n'a pas été construite autour d'une identité collective mais localement en réponse à des questions précises. C'est aussi la raison pour laquelle leurs tâches et leurs fonctions n'ont pas fait l'objet d'une définition unique, d'un « référentiel - métier » donné et identique pour tout le pays.

Cette diversité même est le signe que leur émergence n'est pas le résultat d'une revendication collective, par exemple d'une demande de reconnaissance de la part des cadres. C'est aussi pour cette raison que, dans un premier temps, les personnes devant occuper ces postes ont été choisies parmi les infirmières ou les surveillantes déjà en poste. Dans certains cas des infirmières ayant exercé un moment en cabinet généraliste ou en Hospitalisation à Domicile (HAD) (« community ») et désireuses de revenir à l'hôpital ont été recrutées. À la diversité des besoins organisationnels correspond donc une diversité des parcours et des individus.

En France, cette hétérogénéité revendiquée n'est pas de même nature. Il s'agit en effet d'œuvrer collectivement à maintenir voire accroître une force et un pouvoir que la mise en place des pôles risque d'écorner.

De plus, dans le contexte français, cette stratégie est rendue possible par l'existence d'un marché interne très prégnant car fondé sur le statut de fonctionnaire hospitalier. Cette stratégie a été récemment renforcée par la « Masterisation » des cursus de formation, prônée, notamment par la Mission Cadres Hospitaliers, en complément de la formation essentielle déjà assurée par les Instituts de Formation des Cadres de Santé.

En Grande Bretagne, au contraire, nulle rigidité. La négociation individuelle autour de contrats rédigés selon les conditions et les exigences de l'établissement ou même du pôle, ne permet pas au jeu des relations industrielles classiques de fonctionner. Cette configuration implique que, pour se faire jour, l'action collective doit emprunter d'autres voies que celle de la revendication pour plus de reconnaissance y compris salariale. En 2008, plus de 5.500 postes avaient ainsi été ouverts. Aujourd'hui, toutes les M M se situent dans un continuum qui va de la surveillante au manager mais leur position précise dépend largement des conditions locales et de leur compétences « cliniques » (Savage et Scott, 2004). Ce flou per-

met à ces nouvelles surveillantes de bénéficier d'une marge de manœuvre dans l'application d'outils managériaux, par ailleurs imposés aux agents selon le mode dominant de la gouvernamentalité.

II. LES DÉFIS DES DISPOSITIFS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Afin de montrer en quoi la qualité et sa prise en compte par les cadres représentent un test pour les cadres, deux exemples d'expériences récentes seront analysées.

En Angleterre, il s'agit d'examiner comment l'initiative ministérielle « Essence of Care » a été mise en œuvre dans un établissement particulier. Ce dispositif comporte douze « benchmarks » (référentiels), visant à encourager l'amélioration localisée de la qualité des soins, en permettant aux professionnels d'identifier les bonnes pratiques et de développer des plans d'action afin de remédier aux mauvaises.

L'expérience française repose sur un dispositif mis en place dans un CHU de province. Il s'agit d'un « dispositif de formation-action, construit à partir de problématiques d'amélioration de la qualité des soins proposées, chaque année, par neuf cadres de l'établissement. Pour chaque [problème de qualité], un groupe de cinq étudiants réalise un diagnostic opérationnel et propose des actions. » (Dujardin, 2011).

L'analyse secondaire de ces deux expériences est basée sur les rapports d'activité et d'études réalisés par les acteurs eux-mêmes. Cette analyse a été complétée par des entretiens avec différents responsables impliqués dans ces démarches. Elle est mise en perspective avec les évolutions récentes que connaissent aujourd'hui l'Angleterre, notamment l'avènement de la « clinical governance » (II.1), et la France avec la « nouvelle gouvernance » (II.2).

II.1. La « clinical governance » : une opportunité

Dans la droite ligne de la transformation des hôpitaux en Trusts, les réformes visant à délivrer des soins de qualité ont explicitement conduit à privilégier une « culture » de la performance sous le nom générique de « clinical governance »¹. Cette stratégie se caractérise par la mise en exergue des résultats, mesurés selon un ensemble d'indicateurs, par la comparaison et le classement selon la performance. Elle s'appuie aussi sur des mécanismes destinés à répertorier des données techniques, afin d'élaborer des codes de bonnes pratiques et de les inscrire dans un cycle continu d'évaluation, d'actions correctrices et de révisions (Matykiewicz & Ashton, 2005, p.469). Ce processus se conçoit comme une méthode d'apprentissage à partir de la pratique (« evidence based service improvement »).

Dans cette perspective, le dispositif « Essence of Care » représente un exercice de benchmarking particulier. Il a vocation à assurer une maîtrise totale des éléments de base (getting the basics right). Le dispositif Essence of Care représente la déclinaison concrète et exemplaire de la « clinical governance ». Se présentant à la fois comme une procédure de mesure (auto-évaluative dans un premier temps), et un processus d'amélioration des soins, Essence of Care offre de nombreuses incitations aux professionnels qui s'y engagent, notamment, l'encouragement à 'célébrer'

les exemples de bonnes pratiques, et la possibilité d'effectuer de réels changements. (ibid, p.477). La carotte que constitue ces incitations positives se complète du bâton représenté par le risque d'un éventuel audit rigoureux de la part de la Modernisation Agency, responsable devant le ministère.

Ainsi, le dispositif met en œuvre des mécanismes d'audit, qui font de ce benchmarking une technique emblématique de contrôle de la pratique professionnelle infirmière². Mais d'un autre côté, la notion même d'essence of care, met l'accent sur la nécessité d'un retour aux principes de base, d'une revalorisation du cœur du métier. Elle constitue donc un appel difficilement contestable aux valeurs infirmières fondamentales tout en mettant l'accent sur la nécessité de les contrôler. Cette tension se manifeste concrètement dans la mission confiée aux Modern Matron.

Dans un premier temps, l'accueil réservé au défi de mettre en œuvre ce dispositif au sein de l'établissement a été caractérisé par l'inertie et le désarroi. Du propre aveu³ de la Directrice des « Soins et Services aux Usagers », membre du Conseil d'Administration (Board) de l'établissement, l'encadrement administratif supérieur était intimidé par la consigne d'agir et incapable de concevoir une méthode de coordination à la hauteur de la tâche. En outre, la profession médicale, sujette également à des pressions considérables liées au benchmarking et à la mesure de la performance dans son activité propre (e.g. compa-

¹ La clinical governance se définit comme « un cadre à travers lequel les organisations du National Health Service assument la responsabilité d'améliorer continuellement la qualité de leurs services et d'assurer un niveau de soins exemplaire, par la création d'un environnement favorisant le développement de l'excellence clinique » (Scully et Donaldson, 1998).

² En atteste la documentation fournie par le ministère anglais selon laquelle la mesure objective de la performance est supposée conduire à une qualité des soins supérieure à celle qui résulte du jugement professionnel.

³ "The file arrived in the Trust, which is still on the shelf, a hundred and thirty odd pages, A4 file, with very little guidance, and it was kind of, there's the file, this is important, you've got to make it happen, and it was very difficult to relate... that pile of paper to what was happening in practice and to think about how you applied that in an organisation this size... we sat down and thought how, where do we start, and I think it just seemed an enormous undertaking" (Matykiewicz 2011, p.167).

raison des taux de morbidité, mortalité), a fait preuve d'un certain désintérêt, considérant que cette initiative concernait surtout le domaine infirmier et ne relevait pas alors de sa responsabilité. Dans ces conditions, la réticence exprimée par les demi-cadres de proximité reflétait leur crainte d'une nouvelle menace et le danger était grand que la consigne ne soit que très imparfaitement appliquée et que la documentation volumineuse issue du ministère ne finisse dans un placard poussiéreux, victime d'une surcharge de réformes.

C'est ce même flou en matière de structures managériales sur le terrain qui représente une fenêtre d'opportunité pour les M M. Le caractère imposé de l'outil devient un instrument de l'ordre négocié ; en se l'appropriant, les M M ont renforcé leur autorité et leur pouvoir, même, de manière plus ou moins indirecte, sur les médecins. A la différence de la tentative de création top-down en France d'un Collège des Cadres évoquée par Divay et Gadéa (2010), les M M anglaises ont créé de leur propre initiative un Forum des Matron, permettant la maîtrise de la diffusion des informations au niveau de l'établissement. Le travail accompli au sein du Forum a permis ensuite la création d'un comité de pilotage stratégique (*steering committee*). Le dispositif de benchmarking *Essence of Care* se présente dès lors comme une intervention que les Matrons ont tournée à leur avantage, facilitant la concrétisation de leur rôle en matière de *leadership clinique*. En instrumentalisant cette modification de la régulation hospitalière elles pouvaient véhiculer les principes fondamentaux des professions soignantes jusque dans les pratiques quotidiennes des équipes.

Ainsi, à la réticence des médecins, les M M ont réagi par une prise en main, qui leur a permis de construire un espace d'autonomie professionnelle dans un domaine d'activité non-subordonné au pouvoir médical. De plus, la Matron présidente du comité de pilotage a court-circuité les échelons d'encadrement inter-médiaires pour rendre compte du progrès réa-

lisé directement au sommet hiérarchique de l'établissement. À son tour, il a reconnu l'intérêt médiatique de l'activité, encourageant la parution de reportages sur les efforts accomplis. Ce soutien puissant et public a engendré une pression supplémentaire sur la profession médicale, conduisant de leur part à une prise au sérieux et à des rapprochements avec les Matron. Le schéma présenté en annexe 2 montre que ce glissement se traduit par une modification de l'organigramme qui consacre l'importance de ce nouveau rôle.

Travailler dans le « *steering committee* » a permis aux Matron de revenir dans leur pôle avec une légitimité accrue fondée sur une image de collaboratrice active du changement tout en s'émancipant du caractère top down des outils de la gouvernementalité. De fait, les Matron ont d'autant moins conscience d'être en rupture par rapport à l'objectif, qu'elles se perçoivent comme agissant en phase avec les injonctions du management.

Pourtant, chemin faisant, ce sont bien les équilibres internes (entre médecins, administratifs et cadres) qui se trouvent bouleversés.. En somme, les Matron adaptent et 'transcendent' l'outil managérial de diverses manières... Point de comparaisons défavorables publiques entre différents services ou pôles, ni d'identification des bons et les mauvais élèves (« *naming and shaming* »), source de stress et destructrice de cohésion professionnelle. À la place, le partage des informations et la comparaison s'effectuent uniquement au niveau local, au sein des unités de soins, se traduisant ainsi en outil de mobilisation horizontale (Matykiewicz 2011).

En l'espèce, la différenciation des pratiques et des situations a déplacé le centre de l'action professionnelle du domaine des relations industrielles (demande de reconnaissance collective, définition d'un rôle identifié au sein de l'organisation, demande de distinction salariale, etc.) vers celui de la lutte plus ou moins discrète pour la définition des normes.

II.2. Les Cadres et la Nouvelle Gouvernance : de la formation par l'action à l'action par la formation

En France, les Cadres infirmiers des hôpitaux publics ont collectivement cherché à obtenir une place reconnue au sein de la « nouvelle gouvernance » des établissements et, singulièrement, à l'occasion de la réorganisation que représente potentiellement les Pôles. Si certains observateurs ont pu noter que ces nouvelles missions étaient octroyées aux Cadres « à leur corps défendant » (Divay et Gadéa, 2010), force est de constater que, au plan collectif, la revendication a été et est toujours pour plus de reconnaissance et de responsabilité au sein des nouvelles organisations hospitalières.

Comme le décrit Peyré (2006), replacer la « gouvernance dans le contexte des cadres infirmiers c'est se débarrasser d'un mode de gouvernement codifié » :

« Au-delà des schémas classiques de la gestion participative, l'intérêt du concept de *gouvernance*, c'est qu'il marque l'intention de ne plus faire du management un produit instrumental codifié par le règlement, mais un construit organisationnel par des professionnels en situation, validé par les résultats... C'est pourquoi la *gouvernance*... pourrait apporter un renouveau par rapport aux systèmes traditionnels de gestion. » (ibid).

On comprend que, du point de vue des DRH, cette représentation de la gouvernance soit la condition *sine qua non* de l'engagement professionnel dont toute direction a besoin. Mais cette position est difficilement tenable dès lors que, par ailleurs, les outils de gestion, notamment financière, sont eux définis de façon centralisée par le Ministère.

En France, la participation à la gestion des Pôles est encore en question aujourd'hui. Il semble toutefois qu'une première occasion ait été manquée. D'une part la délégation de responsabilité financière de la direction centrale vers les Pôles n'est, dans la plupart des éta-

blissements, toujours pas effective et, d'autre part, il semble que l'implantation des Pôles s'accompagne d'une reprise en main de la gouvernance par les administratifs au détriment des soignants (Laude, 2009).

Cette configuration s'explique par l'absence d'une stratégie professionnelle globale ; en atteste, par exemple, le peu de suite concrètes données au rapport de Singly, en dehors du champ de la formation des cadres. Cette diversité s'explique aussi par les modes de régulation aujourd'hui dominants. En effet, Ceux-ci sont notamment fondés sur une mise en œuvre de la T2A dont le sens échappe peu à peu aux acteurs eux-mêmes. Dès lors le lien entre le Pôle et la Direction devient décisif au détriment du lien avec les cadres infirmiers. Ce phénomène est un des symptômes de la « gestionnisme » (Detchessahar et Grévin, 2009 ; Grévin et Detchessahar, 2010), qui éloignerait les Cadres de l'activité quotidienne en donnant la priorité à l'observance de prescriptions gestionnaires de plus en plus sophistiqués.

C'est sans doute pour tenter de pallier ces difficultés que certains hôpitaux ont inclus dans la gouvernance des Pôles, un « directeur référent » ou un « directeur délégué » (Moncorger, 2011).

Pourtant, dans le même temps, les Cadres infirmiers français disent jouer le jeu du Nouveau Management Public dans le sens où, conscients des impératifs économiques, ils s'engagent dans le nouveau rôle que la création et la gouvernance des Pôles leur assignent depuis les années 2000.

L'expérience menée en 2009 – 2010 dans un CHU de province est significative et de ces enjeux professionnels et des moyens accessibles dans le contexte français pour les relever.

Associant des Cadres en exercice dans le CHU et des étudiants « tutorés » de l'IFCS, cette expérience consiste en une formation à la gestion de projets. Concrètement il s'agit de mettre en œuvre des « micro-projets » d'amé-

lioration de la qualité des soins à partir de l'identification, par le Cadre du service, de « micro-problèmes ». Ceux-ci sont définis comme des objets « à la portée d'intervention managériale du cadre de santé ». En conséquence, chaque « micro-projet », dont les grandes lignes sont définies par les élèves-étudiants cadres, est « en relation avec le rayon d'action du cadre de santé » (Dujardin, 2011).

Les attendus présentés par les promoteurs eux-mêmes sont significatifs du positionnement des cadres et de l'importance que revêt une forme d'adoubement des administrations et agences centrales. En effet, il s'agit de montrer que l'expérience se situe à l'intersection des plusieurs préoccupations partagées au niveau national : « la volonté de la HAS en 2007 de développer la recherche managériale sur la qualité des Soins. Le rapport relatif à la mission cadres hospitaliers recommande de développer le conseil, l'expertise et la recherche en management et de “dédier des programmes hospitaliers de recherche clinique à la recherche en management impliquant des cadres » (ibid., p. 14).

Toutefois, conçu à l'origine à des fins pédagogiques (Dujardin et al., 2011), l'exercice des « micro projets » ouvre, chemin faisant la voie à la co-construction des normes de qualité.

Centrée sur l'amélioration de la qualité, misant sur le niveau du service, voire de l'unité et reposant sur des Cadres volontaires, cette expérience est portée par l'IFCS ; c'est lui qui est le garant de la continuité de cette préoccupation. Cette implication illustre le rôle central tenu par la formation labellisée dans la position sociale des Cadres hospitaliers français. Mais cette participation et cette caution apportées par l'IFCS sont aussi en lien direct avec le statut public et la position dominante des CHU dans le paysage hospitalier français. Ces particularités expliquent que, si en Angleterre l'enjeu majeur réside dans l'organisation (dans le double sens de l'établissement et de l'organigramme), en France c'est la définition des rôles au niveau national qui est l'enjeu

principal... au risque de rendre localement ineffectifs beaucoup des changements, pourtant attendus, voire espérés. Cette lecture est renforcée par les propos d'une Directrice des Soins exprimant la difficulté à concrétiser sa volonté d'accompagner le changement et de redonner leur plein sens aux valeurs soignantes, en s'appuyant sur les cadres de santé. Elle regrette que son rôle soit contraint par la nécessité d'appliquer la logique financière et les indicateurs d'activité, qui remettent en cause le sens relationnel au bénéfice de la dimension technique et bousculent les cadres de santé dans leurs valeurs. La situation française est en effet caractérisée par une prégnance des règles construites dans l'action collective et relayées par l'Etat (Missions ministérielle, Agences nationales, « masterisation », etc.).

Dans le cas étudié, c'est cette prégnance qui permet à tous les acteurs de l'expérience d'être innovants tout en s'inscrivant dans des logiques préexistantes et partagées.

CONCLUSION

Cet article a pris pour base empirique deux expériences analysées dans leur contexte. C'est pourquoi il est possible d'en tirer des enseignements généralisables. Les deux cas illustrent une tendance générale à la prise en main par les acteurs eux-mêmes de la définition des normes et des contraintes qui s'imposent à eux. Mais la confrontation des cas anglais et français montre que si cette marche vers l'autonomie emprunte des chemins différents c'est d'abord en raison de l'histoire contrastée des professions concernées au sein de leurs organisations respectives. De sorte que de la comparaison entre les positionnements des Modern Matrons et ceux des Cadres supérieurs infirmiers trois enseignements principaux peuvent être tirés.

Le premier est relatif à la réalité de la tension Gouvernamentalité / Gouvernance. D'une part, il se confirme que cette tension est struc-

turelle et structurante et, d'autre part, que dans la gestion de cette tension, les modalités des incitations à la performance sont cruciales... tout en restant un point aveugle⁴. Or, c'est bien pour partie, parce que le benchmarking anglais était à la fois lié à de l'incitation et « discret » que les cadres ont pu s'impliquer non seulement sans déroger aux valeurs qui sont au principe de leur identité professionnelle, mais en ayant le sentiment de les renforcer. De plus, le fait que les thématiques des référentiels soient régulièrement révisées (« refreshed ») est la condition d'une implication continue.

Le second a trait à la rencontre NMP / Cadres infirmiers. La confrontation des deux cas montre qu'elle s'inscrit dans un processus d'appropriation et donc d'apprentissage au cours duquel c'est bien l'identité professionnelle qui est en jeu au delà de la place des acteurs dans la gouvernance. L'exemple britannique montre que ce processus peut prendre la forme d'une transformation de l'outil lui-même. En l'espèce, il s'est agi, pour les cadres anglais, de s'appuyer sur la nouvelle légitimité conférée par la gouvernance afin de pouvoir négocier, au niveau de l'organisation, les outils de la gouvernementalité et leur contenu ; au passage se sont renforcés l'identité professionnelle de groupe et le pouvoir de peser sur la régulation.

Enfin, la comparaison a confirmé que, dans un premier temps, les guides de bonnes pratiques, les référentiels de qualité ou les procédures d'évaluation figeaient les comportements, paraissaient nier la complexité des compétences mobilisées et la capacité d'initiative des agents. En cela, ils sont, par excellence, les outils de la gouvernementalité. Pourtant en favorisant le transfert des savoirs d'un agent à l'autre, c'est bien cette protocolisation qui a créé les conditions de la mobilité (géographique ou fonctionnelle) des agents et, en conséquence,

a ouvert les espaces professionnels. Encore a-t-il fallu que, dans le cours du processus, les agents puissent intervenir et contribuer à la définition des normes techniques. Pour 'encadrée' et incrémentale qu'elle soit, l'expérience française montre que cette prise de conscience (l'outil managérial comme arme au service de l'identité professionnelle), ne pourra se faire jour sans une implication forte des acteurs du système de formation. Lors qu'en Angleterre, l'impulsion vient des organisations elles-mêmes ; impulsion récupérée au service d'une quête de légitimité et de pouvoir au sein de chaque établissement.

RÉFÉRENCES

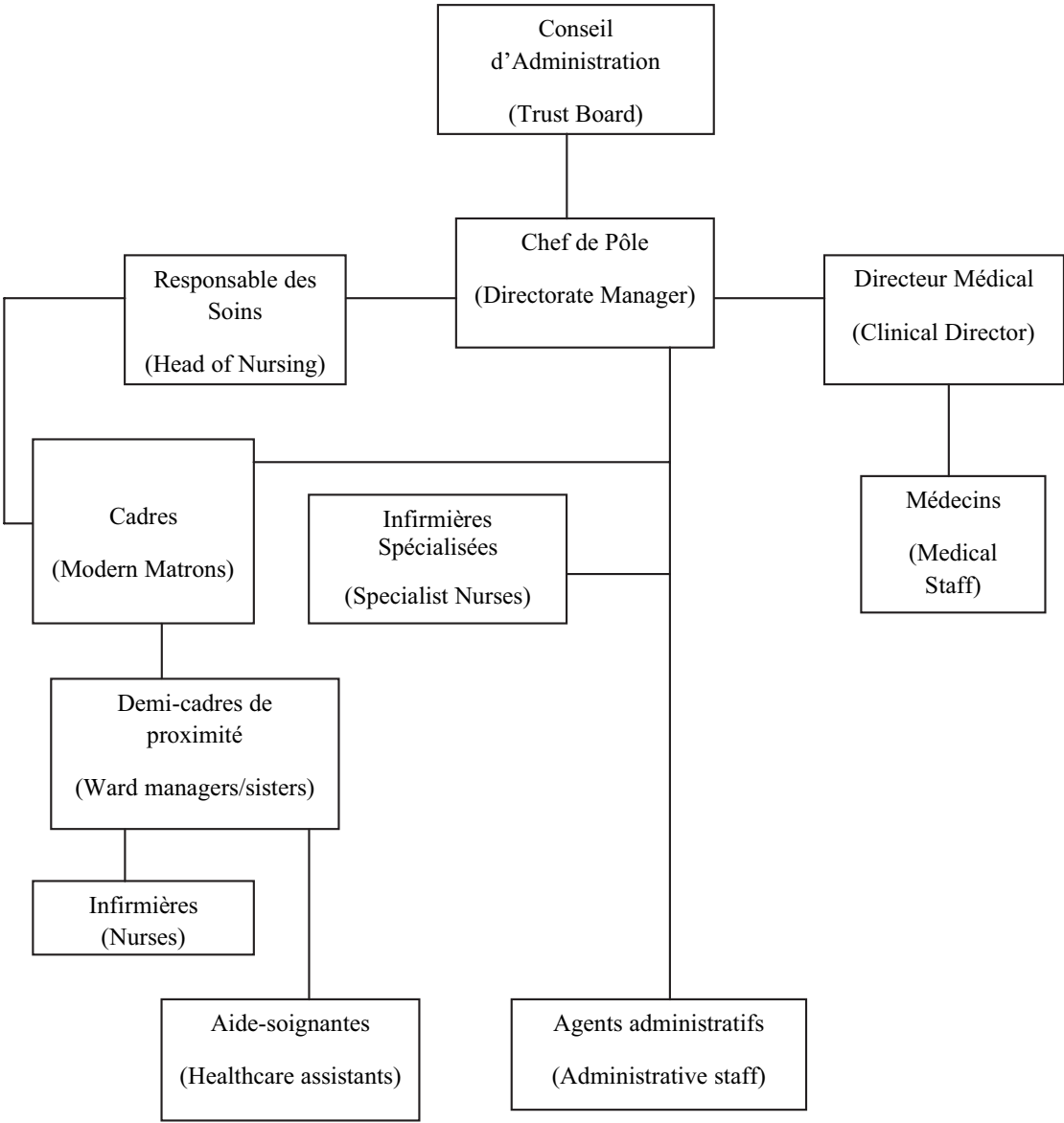
- Bevir M., Governance and governmentality after neoliberalism, *Policy and Politics*. 2011;39; 4:457-471.
- Bolton S. Making up managers. *Work, Employment & Society*. 2005;19;1:5-23.
- Bouffartigue P., ed. *Cadres : la grande rupture*. Paris, Ed. La Découverte, 2009.
- Cooke H. Seagull management and the control of nursing work". *Work, Employment and Society*, 2006;20;2:223-243.
- Currie G., Kotekyo N. et Nerlich B. The Dynamics of Professions and Developments of New Roles in Public Services Organizations: The Case of Modern Matrons in the English NHS *Public Administration*, 2009;87;2:295-311.
- De Singly C., Rapport de la Mission Cadres hospitaliers, Ministère de la Santé, Paris, septembre 2009.
- Department of Health, 2010, http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_119969
- Detchessahar M. et Grevin A. Un organisme de santé... malade de « gestionnisme », *Gérer et Comprendre*, 2009;98.

⁴ La Mission Cadres, animée par Chantal de Singly avait pourtant fait d'une réflexion sur l'intéressement collectif une de ses recommandations.

- DiMaggio P. and Powell W. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, *American Sociological Review* 1983;48:147-160.
- Direction des soins, 2006, http://www.chu-toulouse.fr/IMG/pdf/Mission_cadre_superieur_de_sante_de_pole.pdf
- Divay S. et Gadéa C. Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue Française d'Administration Publique*, 2010;4;128:677-687.
- Doherty C. A qualitative study of health service reform on nurses' working lives : Learning from the UK National Health Service. *International Journal of Nursing Studies*, 2009;46:1134-1142.
- Dujardin P.P. *Impact d'une formation-action à la conduite de projet d'amélioration de la qualité des soins sur les pratiques manageriales du cadre de santé*, 24 p., CHU Grenoble, 2011.
- Dujardin et al., Conduite de changement pour préparer l'avenir, *Soins Cadres*, N° 79, pp. 38-40.
- Feroni I. et Kober-Smith A. La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue Française de Sociologie*, 2005;3;46:469-94.
- Foessel M. L'état libéral-autoritaire, *Les Cahiers Français*, 2011, No. 360, p.26-31.
- Grevin A. et Detchessahar M. Le jeu avec les outils de gestion comme nouvelle compétence stratégique. Un établissement de santé face aux régulations du secteur sanitaire. *Journal d'Économie Médicale*, 2010;8:329-346.
- Kitchener M. The 'bureaucratization' of Professional roles: the case of Clinical Directors in UK Hospitals. *Organization*, 2000;7;1:129-154.
- Laude L. *Cadres de Santé*, In. De Singly C., Les Cadres hospitaliers, Rapport pour le Ministère de la Santé, 2009, Tome 2, Les Annexes, pp. 87-93.
- Le Galès P. 2004, "Gouvernance", In. Boussaguet L., Jacquot S., Ravinet P., Dictionnaire des Politiques Publiques, Presses de Sciences Po., Paris, pp. 242-250.
- Le Galès P. Management Public : le laboratoire britannique, *Sciences Humaines*, 2011, No. 228, pp. 40-42.
- Mc Nulty T. et Fairlie E. Process Transformation: Limitations to Radical Organizational Change within Public Service Organizations, *Organization Studies*, 2004 ;25, 8:1389-1412.
- Matykiewicz L, Constituting Modern Matron; exploring role, identity and action in an NHS trust, PhD, University of York, 2011, 254 p.
- Moncorger J. Analyse de l'évolution du métier de cadre supérieur de santé, Mémoire IEP, Grenoble, 2011, 54 p.
- Patin B. et Ruiller C. Le travail relationnel du cadre : un impensé, *Gestions Hospitalières*, 2011;509: 499-502.
- Peyré P. (2006), www.afscet.asso.fr/resSystemica/Pau%202006/PeyreTXT.pdf
- Savage J. et Scott C., The Modern Matron: a hybrid management role with implications for continuous quality improvement", *Journal of Nursing Management* 2004;12:419-426.
- Sclay G. et Donaldson F. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England, *British Medical Journal*, 1998, July, 61-65.
- Staniland K. A Sociological Ethnographic Study of Clinical Governance in One NHS Trust", *Clinical Governance*, 2009, V.14, No. 4, pp. 2751-280.
- Wildman S. et Hewison A. Rediscovering a history of nursing management: From Nightingale to the Modern Matron, *International Journal of Nursing Studies*, 2009; V.46, pp. 1650-1661.
- Willcocks S. The Clinical Director in the NHS: Utilising a Role-theory Perspective, *Journal of Management in Medicine*, 1994; V.8, No.5, pp. 68-76.

ANNEXE 1

Organigramme générique, établissement d'étude de cas
Adaptation de Matykiewicz, 2011, p. 93



ANNEXE 2

Essence of Care: Structure de Mise en Oeuvre
Adaptation de Matykiewicz (2011), p. 169

